

Rehaklinik Chur
Rehaklinik Davos Clavadel
Rehaklinik Gais
Rehaklinik St.Gallen

Rehaklinik Valens
Rehaklinik Wald
Rehaklinik Walenstadtberg
Rehaklinik Walzenhausen



Zuweisung zur stationären Behandlung/Rehabilitation

Allg. Abteilung nur Wohnkanton

Allg. Abteilung ganze CH

Halbprivat

Privat

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Name _____

Telefon Privat _____

Strasse _____

AHV-Nummer _____

PLZ/Ort _____

Grundversicherung _____

Zusatzversicherung _____

Fragen an zuweisende/n Arzt/Ärztin/Spital

1. Zuweisungsgrund

Krankheit

Unfall

a) Diagnose/etwaige Nebendiagnose

Funktionsdefizit

(Bitte medizinische Berichte beilegen, falls vorhanden)

b) Operations-/Unfalldatum _____

c) Begleiterkrankungen

d) Nachweis von multiresistentem Erreger innert der letzten 12 Monate? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

2. Voraussichtlicher Behandlungsbeginn _____

3. Behandlungsziel _____

4. Aufenthalt vor Rehabeginn

Spital zu Hause

5. Medikamente

Nein Ja (Wenn ja, bitte Medikationsliste mitschicken.)

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht.

**Diese Angaben gehen als Kopie mit dem Kostengutsprachege such
direkt an den Vertrauensarzt der Krankenkasse.**

Name zuweisende/r Arzt/Ärztin/Spital _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____ Ort, Datum _____

Erhebung des Patientenzustandes

Name/Vorname Patientin/Patient _____ Geburtsdatum _____

Mobilisation

Bettlägerig bzw. Bettruhe
Braucht Hilfe beim Aufsitzen

Gehen

selbständig
mit Hilfe
Gehen mit 1 Hilfsperson
mit Rollator

Gehen mit 2 Hilfspersonen
mit Gehstöcken

Transfer

selbständig
mit 1 Hilfsperson
Vollbelastung

mit 2 Hilfspersonen
Teilbelastung _____ kg

Körperpflege

Körperpflege im Bett durch Hilfsperson
Körperpflege durch Hilfsperson (Lavabo)

Oberkörperpflege

alleine möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

Unterkörperpflege

alleine möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

Braucht Hilfe beim An- und Auskleiden

Oberkörper
Unterkörper

Duschen

alleine möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson

Ausscheidung/Toilette

WC-Benützung

selbständig möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson

Nachstuhl

selbständig möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

_____ auf Bettpfanne/Urinflasche angewiesen

Urin- oder Stuhlinkontinenz _____

Urinableitung/Katheter _____

Stoma

Stomaversorgung selbständig möglich;

welche Fähigkeiten: _____

Stomaversorgung durch Pflege: _____

Art des Stomas:

Kolostoma Ileostoma Nephrostoma

Welches Material? _____

Orientierung/Vigilanz

zeitlich, örtlich, situativ und persönlich orientiert

leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung

desorientiert, braucht Supervision (ohne Weglauftendenz)

desorientiert, braucht viel Überwachung

(geringe Weglauftendenz)

stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung

(hohe Weglauftendenz)

Klingelmatte

Sitzwache

1:1 Betreuung (24h)

Atmung

Tracheotomie vorhanden
 Laryngostoma Tracheostoma
 Kanülengrösse _____

vollständige Pflege durch Hilfsperson
 bei welchen Tätigkeiten wird Unterstützung benötigt?

Inhalation notwendig
 Sauerstoffbedarf vorhanden
 _____ Liter/Min.
 CPAP/BIPAP

Ernährung

Dysphagie/hohe Aspirationsgefahr
 IDDSI Stufe: _____

Via Sonde

transnasale Sonde PEG-Sonde PEJ- Sonde
 welche Sondennahrung _____
 Sondierung
 vollständige Übernahme durch Hilfsperson
 selbständig möglich _____

Parenterale Ernährung

selbständig möglich
 Verabreichung via: ZVK PICC _____
 Essen wird eingegeben
 isst teilweise allein
 braucht immer Hilfe
 isst völlig selbständig

Verständigung

Fremdsprachigkeit _____
 Keine Verständigung möglich
 Teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt
 mittelschwer beeinträchtigt
 genügende Verständigung möglich, sozialer Kontakt
 leicht beeinträchtigt
 Sozialer Kontakt unbeeinträchtigt
 Sehbeeinträchtigung

Blindheit
 Hörbeeinträchtigung
 Gehörlosigkeit

Psyche/Soziale Interaktion

Aufenthalt im Mehrbettzimmer möglich
 Adäquates Verhalten und Psyche
 depressiv
 aggressiv
 unruhig
 apathisch
 unkooperativ
 distanzlos
 zurückgezogen
 dissoziative Anfälle

Besonderes

Isolation _____
 Infusion/PICC/ZVK/Port à Cath
 Dialyse/Peritonealdialyse/Hämodialyse
 Drainage; wenn ja, welche _____

 Wunde/Dekubitus _____
 Spezielle Medikamente _____

Grösse _____ Gewicht _____

Bitte die Dokumente wie Medikationsliste und Arztbericht ergänzend mitsenden. Vielen Dank.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____